



UNA SANITA' pubblica, forte, di qualità **PER TUTTI**

4-5 LUGLIO 2017 - Centro Congressi Frentani - ROMA

Il diritto alla tutela della salute e alle cure, sancito dalla nostra Costituzione, non è garantito in modo uniforme ed equo in tutto il territorio nazionale e per tutti.

In questi anni sono cresciute le diseguglianze fra territori e fra persone di diverse condizioni sociali ed economiche. Troppi cittadini rinunciano alle cure o sono costretti a viaggiare lontano, o a pagare, per ottenere l'assistenza cui avrebbero diritto.

Il Servizio Sanitario Nazionale, una delle più grandi conquiste sociali del nostro Paese, compie 40 anni, ed è ferito dai tagli inferti da insensate politiche di austerità e dai ritardi nella sua riorganizzazione. Eppure, grazie soprattutto all'impegno quotidiano di tanti operatori, rappresenta ancora oggi un baluardo fondamentale per la tutela della salute e ha impedito che la lunga crisi economica causasse danni ancora più profondi. Il SSN pubblico e universale, per quanto limitato, imperfetto e maltrattato, ha dimostrato di essere un vantaggio per tutti. Al contrario, nei paesi dove per rispondere ai bisogni sociali ci si è affidati a risposte di mercato gli effetti sono stati fallimentari. Oggi però questo patrimonio è indebolito e rischia di essere perduto.

Per questo la CGIL propone una grande mobilitazione, in primo luogo unitaria con CISL e UIL, per ristabilire il rispetto in tutto il Paese del diritto costituzionale alla tutela della salute e alle cure, per tutti senza distinzioni. Ciò significa innanzitutto restituire forza al Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universale: un grande investimento che considera i bisogni di salute, di cure e di protezione sociale come Diritti, e un formidabile motore che alimenta sviluppo economico e buona occupazione. Questa impostazione ha ispirato anche il contributo della CGIL alla CES per la costruzione del Pilastro Europeo dei Diritti Sociali.

I Livelli Essenziali di Assistenza: per tutti, in tutto il territorio nazionale

La recente emanazione del Decreto che definisce **i nuovi LEA** rappresenta un atto di fondamentale importanza, atteso da quindici anni. Si tratta, secondo la Costituzione, di Livelli Essenziali concernenti i diritti sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Tuttavia l'esperienza di questi anni ci ha insegnato che non basta definire o aggiornare i Lea per garantire il diritto alla salute e alle cure e per assicurarlo in modo uniforme in tutto il Paese. Tanto più che l'effettiva copertura finanziaria è del tutto incerta. Per questo la Cgil, con Cisl e Uil, insiste con il Ministro Lorenzin affinché accetti il confronto.

Cosa bisogna fare:

Adeguare le risorse destinate al finanziamento sanitario

- Se non si mette in sicurezza il **finanziamento del SSN**, l'aggiornamento dei Lea rischia di essere un provvedimento velleitario. Bisogna invertire le previsioni del DEF che entro il 2019 prevedono un crollo del rapporto spesa sanitaria PIL dal 7% di oggi al 6,4%. Già oggi l'Italia destina poche risorse per sanità e assistenza sociale: la spesa, sia pro capite che in rapporto al PIL, è largamente al di sotto della media europea. Bisogna incrementare il finanziamento (che non può essere mai inferiore alla crescita del PIL nominale), con l'obiettivo di raggiungere almeno la media dell'UE a 15 nel finanziamento per la protezione socio sanitaria.
- Naturalmente il finanziamento va usato bene, in modo appropriato e senza sprechi, e spazzando via ogni forma di corruzione. Ma bisogna anche contrastare un uso sbagliato e strumentale della **spending review**, da parte di chi vorrebbe fare cassa con i soldi destinati ai diritti delle persone. Questo vuol dire che i **risparmi** che si possono ottenere da un'intelligente revisione della spesa devono **restare nell'ambito del sistema socio sanitario** e restituiti ai cittadini con migliori servizi.
- Nella distribuzione dei finanziamenti a ciascuna regione vanno aggiornati i **criteri di riparto** legati alla situazione demografica di ogni territorio. Accanto alle attuali "pesature" che riconoscono ad esempio che la popolazione anziana necessita di molta più assistenza, va riconosciuto anche il peso delle difficoltà economiche e sociali di alcune realtà, la cosiddetta "deprivazione". Così come bisogna valutare e pesare anche la situazione epidemiologica. Inoltre, gli standard delle regioni più "virtuose" (per qualità dell'assistenza e bilanci) diventano l'obiettivo per costruire percorsi di convergenza a favore alle regioni più deboli (non per penalizzarle).

Rimuovere gli ostacoli che costringono i cittadini a rinunciare alle cure per ragioni economiche (ticket), per i tempi d'attesa o per la mancanza di servizi nel loro territorio:

- **Superare i ticket:** il peso dei ticket è diventato insopportabile, come segnala persino la Corte dei Conti. Il loro proliferare, con differenze enormi fra regioni, anziché favorire appropriatezza, ha generato iniquità e distorsioni, spinto a consumi privati, o costretto a rinunce. Così sono diminuite anche le entrate rispetto alle previsioni, mentre si aggiungono elevati costi per amministrarli. Al punto che appare più che possibile compensarne progressivamente il superamento. Serve abolire i ticket, con una vera e propria "exit strategy" costruita con tappe graduali e credibili. A partire dall'**immediata abolizione del superticket** sulle ricette per le prestazioni specialistiche. All'interno di questa exit strategy, la stessa revisione del sistema di esenzioni sui ticket, all'esame del confronto tra Governo e Regioni, va discusso anche con il sindacato che rappresenta milioni di lavoratori e di pensionati.
- **Abattere le liste d'attesa:** che continuano ad essere uno dei principali ostacoli all'accesso alle cure. In particolare non è accettabile che per saltare liste d'attesa si debba pagare la prestazione privatamente, magari in libera professione e nello stesso servizio.
- Per questo va rilanciata l'attuazione del Piano nazionale sulle liste d'attesa che, con i relativi Piani regionali, fatica ad essere applicato. Un Piano che deve essere aggiornato: ad esempio, i

tempi massimi d'attesa valgono solo per 58 prestazioni sanitarie (diagnostica e specialistica ambulatoriale) e per 15 in regime di ricovero. Sul Piano nazionale e sui Piani regionali per le liste d'attesa serve un confronto con il Sindacato e le associazioni dei cittadini: nelle regioni dove c'è stato sono cresciute buone pratiche che possono essere utilizzate per metterle a sistema su tutto il territorio nazionale. Gli strumenti adottati sono diversi: azioni per l'appropriatezza con classi di priorità per l'accesso in base all'urgenza e obbligo di Percorsi diagnostico terapeutici per prestazioni oncologiche e cardiovascolari, distinzione fra prime visite e controlli periodici, divieto di chiudere le prenotazioni bloccando le liste d'attesa, ampliamento orari servizi (contrattando ampliamenti di organico e condizioni di lavoro), Centri Unici Prenotazione. Infine, in caso di mancato rispetto dei tempi massimi, l'ASL deve provvedere ad indicare le strutture pubbliche o private accreditate che assicurano il rispetto dei tempi in zone vicine e comunque soluzioni alternative senza oneri aggiuntivi a carico dell'assistito.

In ogni caso è evidente che la normativa è debole e poco applicata. Per questo la **nuova Commissione per l'attuazione dei LEA** deve dedicare una specifica linea di intervento sul tema liste d'attesa.

Monitorare e intervenire sull'applicazione dei LEA

- Non basta aggiornare i Lea per Decreto, serve agire con strumenti per garantirne l'attuazione e l'esigibilità in tutto il Paese. Servono, con le dovute flessibilità per adattarli ai diversi contesti locali, indicatori di risultato, di offerta e standard organizzativi di riferimento (dei servizi, del personale, target di utenza % su popolazione). Riferiti non solo, com'è oggi, principalmente all'ospedale ma anche alla prevenzione e all'assistenza distrettuale.
- E ancora, senza la definizione dei corrispondenti **Lea per l'Assistenza Sociale** l'esigibilità e l'uniformità del diritto all'assistenza sociosanitaria (prevista con tanta enfasi dall'articolo 21 del Decreto Lea) resta impossibile.
- Nelle Regioni in difficoltà, bisogna **passare dai Piani di Rientro ai percorsi di convergenza per assicurare i LEA**, guardando alle esperienze più "virtuose". I Piani di Rientro hanno in diversi casi raggiunto l'equilibrio di bilancio ma tagliando l'assistenza ai cittadini. E gravano con tasse e ticket aggiuntivi una popolazione già indebolita dalla crisi. Simili Piani di rientro, basati su tagli lineari, impediscono scelte selettive, indispensabili per riqualificare i servizi e la spesa agendo sui veri squilibri. Per questo la valutazione sui LEA deve pesare come quella sui bilanci anche per premi e sanzioni alle regioni.
- Occorre definire una relazione chiara tra prestazioni e diritti, come prevede la Costituzione, compreso l'esercizio dei poteri dello Stato, anche sostitutivi, per rimediare quella frantumazione del SSN che ha prodotto troppe differenze fra sistemi regionali. A questo deve servire, con poteri effettivi, la **nuova Commissione per l'attuazione dei Lea**.
- Infine, uno specifico e rilevante compito della Commissione per l'attuazione dei LEA deve riguardare la **mobilità sanitaria**, quando costringe le persone, non per libera scelta ma per mancanza di servizi, a cercare risposte lontano dal proprio territorio. La commissione deve individuare le cause di questa mobilità "patologica" e indicare come rimuoverle.
- **Lea, Salute e Genere:** è ormai riconosciuto che esiste *un'impatto del genere e di tutte le variabili che lo caratterizzano* (biologiche, ambientali, culturali e socio-economiche)

sulla fisiologia, sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie. Riconoscere le differenze di genere (e non sono solo di sesso, pur da considerare: basti pensare alle patologie specifiche solo maschili o solo femminili) nella tutela della salute e nella medicina, dunque vuol dire agire sia sui determinanti biologici che sui determinanti sociali, psicosociali, culturali, economici nel *creare salute o malattia* di genere. Questo vuol dire fare salute e sanità mettendo insieme i diversi aspetti: la sfera biologica, che è sempre stata patrimonio della clinica, con la sfera socio ambientale, che è dovuta all'irruzione del sociale nel campo medico (che ha prodotto la legge 194, la riforma sanitaria, la riforma Basaglia). Fare salute e medicina di genere è certamente un bene per le donne ma consente azioni di prevenzione, di diagnosi e di cura più efficaci e appropriate per tutti. Nell'attuazione dei Lea (sia in campo nazionale che a livello regionale e territoriale) significa considerare espressamente le questioni di genere, adeguando tutti gli strumenti di programmazione, gestione e valutazione degli interventi. Ciò vale anche per le attività della nuova Commissione per l'attuazione dei Lea.

- **Per rilanciare il SSN e attuare i Lea bisogna ricostruire un rapporto di fiducia con i cittadini.** I quali apprezzano e difendono la sanità pubblica, come dimostrano tutti i sondaggi, nei territori dove è migliore la qualità dei servizi offerti. Ma la fiducia si ottiene anche se il SSN è accogliente: con informazioni trasparenti, procedure di accesso più semplici (possibili anche grazie alle nuove tecnologie), facilità di contattare i servizi, attenzione agli aspetti di umanizzazione. Gli stessi processi di riorganizzazione dei servizi per avere successo devono essere costruiti con un'adeguata contrattazione (di categoria e sociale) e un'ampia partecipazione. Ciò deve tradursi in *sedì e strumenti riconosciuti*, in cui si possano esercitare le forme della democrazia partecipativa, arricchendo il ruolo insostituibile delle Istituzioni elette dai cittadini.

Lotta alla corruzione

- Quando la corruzione colpisce il sistema socio sanitario non causa solo gravi danni economici, alterando e squalificando la concorrenza tra le imprese - la Rete Europea contro le Frodi e la Corruzione nel Settore Sanitario calcola che il 5,6% delle risorse investite in Europa per la sanità è andato perso solo in tangenti - ma colpisce il diritto alla salute e alle cure di tutti, ruba fondi destinati ai servizi, all'acquisto di medicinali e all'assistenza. Si tratta di un fenomeno pervasivo e sistematico, che provoca sfiducia dei cittadini nelle istituzioni. Un danno enorme che non vogliamo più subire.
- Il ruolo dell'Autorità nazionale AntiCorruzione è decisivo. Ma è l'impegno della società civile (associazioni, sindacati, imprese) è essenziale per combattere l'illegalità e per il successo delle politiche anticorruzione. Le leggi offrono indicazioni chiare e spazi di intervento per sindacato e le associazioni. La Cgil a vari livelli, confederale e di categoria, è già impegnata nel campo della lotta alla corruzione. La battaglia per modificare il Codice degli appalti e la proposta di Carta dei Diritti nel lavoro sono esempi concreti di questo impegno. Nel campo più specifico del sistema socio sanitario partecipiamo e lavoriamo con la Rete per l'Integrità "**Illuminiamo la Salute**" (promossa da Libera, Avviso Pubblico, Coripe Piemonte, Gruppo Abele). Intendiamo rilanciare questa collaborazione con **un Protocollo d'intesa**, unitario anche con Cisl e Uil, per dare forza, competenze e organizzazione stabile ad un lavoro comune di sindacato, associazioni, operatori nella lotta contro la corruzione, per la trasparenza e l'integrità.

Riqualificare, riconvertire e innovare il SSN verso la domanda di salute e di cure: prevenzione e assistenza territoriale

I crescenti bisogni dovuti ai cambiamenti demografici (invecchiamento della popolazione, immigrazione, trasformazioni delle famiglie) ed epidemiologici (aumento della non autosufficienza e delle patologie croniche, del disagio mentale, dipendenze, malattie rare ...) reclamano una riorganizzazione profonda dell'assistenza sanitaria e sociale. Questa è anche un'alternativa indispensabile alla riorganizzazione della rete ospedaliera, che trova spesso resistenze perché le chiusure non sono accompagnate dall'apertura di forti e diffusi servizi alternativi.

Un simile processo di riorganizzazione e riconversione è possibile se anche in ambito universitario la didattica, l'aggiornamento e la ricerca, sono rivolte, oltreché al tradizionale campo della assistenza ospedaliera e della clinica, all'assistenza sociosanitaria di tipo territoriale e domiciliare.

Cosa bisogna fare:

1. Più Prevenzione

2. Più Assistenza nel Territorio (presa in carico e continuità assistenziale)

3. Più integrazione tra sanità e servizi sociali.

4. Innovazione tecnologica per l'assistenza territoriale e domiciliare

Più Prevenzione

- La prevenzione, sia in campo sociale che sanitario, è stata largamente sottovalutata in questi anni. Eppure i costi della mancata prevenzione sono enormi. Occorre riprendere un'azione per un suo rilancio:
 - considerare, anche nei Piani di prevenzione, la "*Salute in tutte le politiche*": economiche, fiscali, del lavoro, ambientali, culturali, urbanistiche, dell'istruzione e così via, per poter agire sui determinanti di salute e di malattia;
 - nel capitolo prevenzione del Decreto sui LEA, condivisibile, si aggiungano *standard e indicatori di risultato* e si assicuri effettivamente il *finanziamento* al 5% del Fondo Sanitario;
 - Regioni (Asl e Comuni) istituiscano a livello territoriale sedi di *confronto sull'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione e sui Piani regionali e locali*, aperte alla partecipazione delle forze sociali e dei cittadini;
 - l'attuazione in tutta Italia del *piano screening oncologici* diventi una delle azioni prioritarie per la Commissione LEA (attualmente il divario nord/sud è drammatico).
 - tre specifiche, e fondamentali linee della prevenzione devono riguardare:
 - *la salute e la sicurezza nel lavoro,*
 - *la liberazione di anni di vita dalla disabilità (anche con l'"invecchiamento attivo"),*
 - *le disuguaglianze di salute.*
- Per rilanciare questi temi serve una **Conferenza nazionale per la prevenzione e la promozione della Salute**, organizzata da Governo e Regioni e dalla Rete OMS "Città Sane", in alleanza con forze sindacali e sociali.

Più Assistenza nel Territorio (presa in carico e continuità assistenziale): dove vivono le persone

- La Cgil ha presentato ripetute proposte per potenziare l'assistenza continua nel territorio e per una maggiore integrazione tra medici convenzionati e servizi socio sanitari. Ha individuato nelle Case della Salute (e in realtà analoghe) le strutture pubbliche concrete su cui fondare questa impostazione. In luoghi reali, come le Case della Salute, i cittadini, oltre al medico di fiducia, possono trovare i servizi di cui hanno bisogno. E qui collaborano insieme tutti i professionisti della sanità e del sociale. Compresi i medici di medicina generale che devono lavorare in forma aggregata, e non più isolati.
- Ma la questione decisiva è la **"continuità delle cure"**. Secondo il principio della assistenza fondata sulla centralità della persona si muovono i servizi e gli operatori e non il paziente, a partire dalle "dimissioni protette". Per questo serve:
 - la **riqualificazione della rete ospedaliera** e anche a questo deve essere finalizzato il Regolamento per gli standard della rete ospedaliera.
 - **La creazione di "strutture intermedie"** di tipo socio sanitario tra l'ospedale per acuti e i servizi domiciliari: come le Case della Salute e i cosiddetti "Ospedali di comunità".
 - un'assistenza **socio sanitaria "d'iniziativa"**, che non aspetta il malato ma gioca d'anticipo, cercando le persone più esposte ai rischi, secondo il "Chronic Care Model" raccomandato dall'OMS.
 - Un deciso potenziamento dei Servizi ad alta integrazione: **Dipartimenti di Salute Mentale, per le Dipendenze, Anziani, Handicap, Consulteri Materno infantili.**

La riorganizzazione/riconversione è vantaggiosa economicamente per il sistema sanitario ma ha bisogno e merita **investimenti iniziali per lo "start up"**.

- Infine, è urgente un piano nazionale di aggiornamento strutturale e tecnologico e di **messa in sicurezza degli ospedali e delle strutture residenziali a partire dalle zone sismiche.**

Più integrazione socio sanitaria

- L'integrazione socio sanitaria è il tema cruciale per nuove politiche di welfare: i mutamenti avvenuti nei profili familiari, nelle dinamiche demografiche, nell'espansione di malattie cronico degenerative impongono una risposta unitaria alla persona, superando l'attuale rigida separazione fra assistenza sociale e sanitaria. Emblematico è il caso della non autosufficienza o della salute mentale. Per questo bisogna recuperare un ruolo attivo dei Comuni.
- Lo stesso Decreto sui LEA sanitari (in particolare l'articolo 21) richiama la necessità di adottare precisi strumenti per l'integrazione fra sociale e sanità, a partire dalla definizione dei LEP Sociali, indispensabili ad esempio per il piano sulla Non Autosufficienza.
- Per organizzare l'integrazione servono scelte concrete:
 - i *Piani Sociali e Sanitari* devono essere integrati a tutti i livelli (Piani Regionali, di Zona dei Comuni, Attuativi locali delle Asl, ecc);

- il *Distretto socio sanitario* è il soggetto unico dell'integrazione; riconosciuto quindi con atto formale da Asl e Comuni (meglio se associati); la scelta è vincolante almeno per le aree ad alta integrazione: *anziani, materno infantile, salute mentale, dipendenze, handicap*;
 - il *Budget di salute* deve diventare lo strumento centrale per l'integrazione finanziaria;
 - il *Punto Unico di Accesso* ai servizi Sociali e Sanitari (come Livello Essenziale), con l'obbligo della "Presenza in carico" del cittadino e del Piano di Assistenza Individuale;
 - la *Casa della Salute* può diventare il luogo fisico dell'integrazione sub distrettuale, cui si rivolgono i cittadini.
- Per realizzare queste scelte serve un'intesa forte, a livello nazionale tra Ministero della Sanità, del Lavoro e delle Politiche sociali, la Conferenza delle Regioni e l'ANCI

Innovazione tecnologica per l'assistenza territoriale e domiciliare

Per sostenere questa profonda riorganizzazione dell'offerta del SSN - più prevenzione, più assistenza territoriale, più integrazione socio sanitaria - **serve una massiccia e diffusa innovazione tecnologica**. Le tecnologie utilizzabili per la sanità crescono in modo tumultuoso, si concentrano nei segmenti tradizionali dell'assistenza specialistica e ospedaliera, dei dispositivi per le persone disabili e nella nuova frontiera della genomica/genetica. Mentre il processo di informatizzazione del SSN - in particolare il progetto Tessera Sanitaria, Fascicolo Sanitario Elettronico, Ricetta medica elettronica - procede ma con ritardi.

Come raccomandano ufficialmente sia l'OMS che la Commissione Europea, l'innovazione "e-Health" o "e-Care" (soprattutto nel campo delle ICT) deve estendersi all'assistenza socio sanitaria territoriale (a partire dall'applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 2104 *sulle Linee di indirizzo per la Telemedicina*). La Telemedicina deve quindi svilupparsi nei tre ambiti definiti dalle Linee guida: TeleSpecialistica, TeleSalute, rivolta in particolare ai Medici di medicina generale, TeleAssistenza, rivolta in particolare alle persone non autosufficienti. Quest'ultima, a forte valenza sociale, non è ancora stata oggetto di attenzione e va decisamente orientata anche per favorire l'accesso ai servizi (prenotazioni, ritiro certificati e referti, ecc), l'autonomia e l'autosufficienza della persona (es. domotica). Per questo serve dedicare una sezione dell'HTA allo sviluppo dell'innovazione tecnologica per i LEA dell'assistenza territoriale socio sanitaria, con particolare riguardo alle persone non autosufficienti, anche per garantire forme innovative di assistenza domiciliare. Un simile processo di innovazione presuppone un piano di investimenti e per la formazione del personale. E reclama una particolare attenzione ad aspetti etici e di rispetto della privacy sui dati personali sensibili.

Pubblico e Privato

- **L'universalità dei diritti è fondata sulla centralità della funzione pubblica**, riconoscendo un giusto ruolo al settore privato (che in alcune aree del Paese pesa più dei servizi a gestione pubblica). Secondo la Costituzione spetta alla Repubblica garantire ai cittadini il diritto alla salute e all'assistenza sociale. Questo rende centrale il ruolo delle istituzioni pubbliche e colloca in funzione collaborativa, e non concorrenziale, la presenza del settore privato (profit e no profit) che accetta di svolgere "funzioni pubbliche". Per questo **servono regole e standard precisi: con un governo rigoroso degli accreditamenti e**

delle convenzioni, riconducendo in modo appropriato l'offerta nell'ambito della programmazione pubblica e con una seria valutazione dei risultati.

- Per questo preoccupano i decreti attuativi della legge di *riforma del III Settore* che rischiano di favorire un'impropria irruzione della dimensione e delle logiche di mercato proprio anche nell'assistenza socio sanitaria.
- Anche il **welfare contrattuale** può essere utile, a patto che sostenga il welfare universale. L'esperienza di questi anni dei fondi sanitari invece segnala una preoccupante tendenza ad offrire prestazioni sostitutive, già coperte dal SSN, alimentando un'antieconomica e pericolosa competizione. Ad esempio servirebbe coprire la spesa "out of pocket" extra Lea a carico dei cittadini: miliardi di costi per odontoiatria, non autosufficienza, acquisto di medicinali, attrezzature, ausili, occhiali, ecc).
- Perciò si tratta di orientare il ricorso all'assistenza sanitaria integrativa non per sostituire i LEA ma come supporto per un'offerta più completa dal punto di vista qualitativo e/o quantitativo per quelle prestazioni i cui costi sono oggi a carico dei cittadini, per prestazioni effettivamente integrative e per sostenere il SSN anche con specifiche convenzioni tra fondi e servizi pubblici. Si tratta di una scelta più che opportuna, tanto più se si considera il consistente sostegno finanziario assicurato dallo Stato con le agevolazioni fiscali.

Lavorare per la salute

- L'innovazione e la riorganizzazione del SSN è possibile solo **valorizzando il lavoro, superando le precarietà, salvaguardando e aumentando i livelli di occupazione, rinnovando e rispettando i contratti di lavoro.**
- L'assistenza sanitaria consiste essenzialmente nel lavoro umano e, per quanto sia cresciuta la componente strumentale e tecnologica, rimane centrale la prestazioni professionale delle lavoratrici e dei lavoratori. Lavorare per garantire la salute, la cura, persino la vita delle persone, è una grande responsabilità, non sempre riconosciuta adeguatamente. Servono indubbiamente competenze e "gesti tecnici" ma senza capacità di relazione umana e sensibilità la qualità dell'assistenza peggiora.
- I servizi socio sanitari, di cura e assistenza alla persona sono ad alta intensità di lavoro. Nonostante la crisi e i tagli lineari che hanno danneggiato alcuni settori (appalti, convenzioni e servizi pubblici) hanno contribuito più di altri al mantenimento dell'occupazione. Che, se adeguatamente sostenuta, può crescere di più e meglio. Accanto al lavoro altamente qualificato del SSN, nella lunga filiera dei servizi socio sanitari, c'è troppo lavoro "povero" e precario. Che deve ottenere più valore e solidità.
- Inoltre, il nostro welfare socio sanitario ha ampi margini per creare maggiore occupazione, oltretutto di qualità: a parità di spesa socio sanitaria procapite il rapporto occupati/abitanti in Italia è molto al di sotto di molti paesi UE.

Il SSN fa bene all'economia e all'occupazione

Il SSN nel garantire il diritto alla salute e alle cure è anche un eccellente investimento economico.

Le attività della filiera della salute producono un valore aggiunto diretto e indotto che supera i 150 miliardi di euro, pari a circa il 12% del PIL. A questo va aggiunto il settore socio assistenziale. Negli ultimi dieci anni, nei servizi sanitari l'intreccio tra il terziario avanzato (servizi

professionali e informatici), i servizi alla persona e i settori ad alta tecnologia (farmaceutica, dispositivi medici, ICT) ha avuto rilevanti effetti sia per l'occupazione che per la remunerazione degli investimenti. Per ogni euro speso in sanità si generano 1,7 euro circa.

Per questo, molti paesi, diversamente dal nostro, hanno deciso politiche anticrisi investendo nel comparto dei servizi (soprattutto alla persona), delle infrastrutture digitali (e-Health), nelle biotecnologie e nella strumentazione medica, nei nuovi sistemi di cura territoriale e domiciliare.

Inoltre, bisogna abbandonare la logica dei tagli lineari, che hanno colpito alla cieca anche settori produttivi dell'indotto, per adottare un governo della spesa fondato sull'appropriatezza (sostegno ai farmaci equivalenti, distribuzione diretta, forte ruolo del sistema nazionale di Health Technology Assessment HTA, centrali uniche d'acquisto, ecc) e sul rispetto dei diritti nel lavoro. Una simile, oculata, revisione della spesa va accompagnata con interventi compensativi a sostegno delle filiere produttive.

Questo peculiare rapporto tra SSN pubblico e universale e filiera produttiva permette anche di limitare un improprio consumismo sanitario, grazie ad un governo della spesa che seleziona ciò che serve a garantire i Lea per i cittadini.